

OŚWIADCZENIE

Dotyczy noworodków transportowanych do oddziałów neonatologicznych lub innych oddziałów poza Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

NAZWISKO NOWORODKA	
PŁEĆ	
DATA URODZENIA NOWORODKA (dzień, miesiąc, rok, godzina)	
NAZWISKO MATKI	
IMIĘ MATKI	
PESEL MATKI	
NAZWISKO OJCA	
IMIĘ OJCA	
ADRES (nr kodu pocztowego, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)	
TELEFON KONTAKTOWY	

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wykonanie procedur u mojego dziecka (zgodnie z danymi powyżej)

1. Transport
(podpis rodzica)
2. Leczenie
(podpis rodzica)
3. Leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi.....
(podpis rodzica)

Zobowiązuję się do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.....
(podpis rodzica)

Jednocześnie oświadczam, iż jestem ubezpieczona/y.....
(podpis rodzica)